

Kostenerstattung nach § 13 SGB V

Rechtsprechung

BSG Kassel, Urteil vom 25.09.00, Az.: B 1 KR 24/99 R

Mit diesem Urteil beschäftigen sich die Richter am Bundessozialgericht mit dem Kostenerstattungsverhalten einer Krankenkasse bei einer freiwillig Versicherten:

"Durch die in § 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V für freiwillige Mitglieder und ihre mitversicherten Familienangehörigen vorgesehene Möglichkeit, anstelle von Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung zu wählen, wird der sachliche Umfang der Leistungspflicht der Krankenkasse nicht verändert. Versicherte, die wie die Klägerin von diesem Wahlrecht Gebrauch machen, erhalten Krankenbehandlung in demselben Umfang und in denselben Grenzen, als wenn sie im Sachleistungssystem verblieben wären. In beiden Fällen müssen die Leistungen sowohl den Anforderungen des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V entsprechen als auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V genügen. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte auch im Wege der Kostenerstattung nicht beanspruchen."

Das LSG Rheinland-Pfalz ist der Auffassung, dass die Krankenkassen bei Kostenerstattung nach § 13 SGB V nicht mit dem Argument der Unwirtschaftlichkeit die Kosten ablehnen dürfen und begründet dies mit § 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V. Das BSG teilt diese Auffassung nicht: "Der nach § 13 Abs. 2 Satz 4 SGB V (Hinweise des Verlages: heute Satz 6) vorgeschriebene Abschlag vom Erstattungsbetrag wegen fehlender Wirtschaftlichkeitsprüfungen soll ersichtlich einen Ausgleich dafür schaffen, dass in Kostenerstattungsfällen die geschilderte routinemäßige statistische Kontrolle der Abrechnungswerte einschließlich der Erhebung von Stichproben unterbleibt und deshalb Unwirtschaftlichkeiten nicht erkannt werden. Hingegen spricht nichts dafür, dass der Gesetzgeber den Krankenkassen in diesen Fällen die Überprüfung zweifelhafter oder unschlüssiger Abrechnungen oder die Geltendmachung dabei zutage getretener Verstöße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verbieten und in Kauf nehmen wollte, dass gegebenenfalls auch nachweisbar das Maß des Notwendigen überschreitende oder sogar insgesamt unnötige Behandlungen bezahlt werden müssen." Somit bleibt die Verpflichtung der Krankenkassen, dass sie Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, gemäß § 12 Abs. 1 SGB V nicht bewilligen dürfen, unberührt.

Diese Ausführungen führen zu folgender Entscheidung:

"Die Beklagte (Hinweis des Verlages: Krankenkasse) war nach alledem entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts berechtigt, die zur Erstattung eingereichten Rechnungen auf die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Ordnungsweise hin zu überprüfen und im Falle der Unwirtschaftlichkeit entsprechend zu kürzen. Dem kann nicht mit Erfolg entgegengehalten werden, durch eine Kürzung werde die Klägerin unangemessen benachteiligt, weil sie die Rechnungen bereits bezahlt habe und möglicherweise endgültig mit den Kosten belastet bleibe. Denn das ist gerade ein für die Behandlung auf Privatrechnung typisches Risiko. Durch die Entscheidung für die Kostenerstattung löst sich der Versicherte, soweit die Rechtsbeziehungen zum Leistungserbringer betroffen sind, aus den öffentlich-rechtlichen Bezügen des Sachleistungssystems. Er verschafft sich die erforderliche Behandlung als Privatpatient durch Abschluss eines Dienstvertrags, der nicht nur hinsichtlich der Leistungserbringung, sondern auch hinsichtlich der Vergütung der Leistungen rein privatrechtlicher Natur ist. Die mit dem Sachleistungsgrundsatz verbundenen Vorteile, insbesondere das Privileg, sich um die wirtschaftliche Seite der Behandlung nicht kümmern zu müssen, gibt er mit der Wahl der Kostenerstattung auf. Zugleich übernimmt er das Risiko, dass die in Anspruch genommenen Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang den Erfordernissen des SGB V entsprechen und die entstandenen Kosten deshalb ganz oder teilweise nicht erstattet werden."

Zur Prüfung, ob im vorliegendem Fall zu Recht gekürzt wurde, wird das Verfahren an das LSG zurückverwiesen. Allgemein erklären die Richter des BSG, dass sich auch in Kostenerstattungsfällen die Prüfung darauf erstreckt, "ob sich die gewählte Behandlung auf das Maß des Notwendigen beschränkt hat oder ob etwa aufwendigere Leistungen als nötig erbracht wurden, deren Kosten vom Versicherten selbst zu tragen sind."